EJEMPLO DE FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN
Inserte aquí nombre y dirección de la escuela

Fecha: _____

Estimado _____

Su(s) niño(s) _____

han sido:

 Aprobado para 3 comidas porque

- el ingreso del hogar está dentro de los límites de elegibilidad
- el niño arriba mencionado es un niño de acogida
- uno o más de los niños están inscriptos en FIP o Asistencia Alimentaria.
- su(s) niño(s) son niños sin hogar, inmigrantes o fugitivos.
- su niño está inscripto en Head Start.

 Aprobado para comidas gratis porque uno o más de sus niños fueron directamente certificados.

La ley federal nos permite recibir información sobre la participación de su familia en los programas de FIP o Asistencia Alimentaria para determinar la elegibilidad para comidas gratis. No se ha revelado ninguna otra información sobre su familia. **Lo(s) niño(s) detallados recibirán los beneficios de comidas gratis automáticamente.** **Usted no necesita hacer nada.** Si usted **NO** quiere que su(s) niño(s) reciban estos beneficios de comidas gratis automáticamente, debe informarnos. Complete la información en el lado opuesto de este formulario y devuélvalo a la escuela dentro de los 10 días siguientes a la fecha de esta carta si usted **NO** DESEA que sus niños obtengan comidas gratis.

 Aprobado para comidas de precio reducido

 Denegado porque

- su ingreso es superior al monto permitido.
- su aplicación estaba incompleta porque _____

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede discutirlo con la escuela. Si usted desea que se revise esta decisión, tiene el derecho a una audiencia justa. Esto puede realizarse a través de una llamada por teléfono o escribiendo al siguiente directivo:

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

TELÉFONO _____

Usted puede aplicar nuevamente para obtener los beneficios en cualquier momento dentro del año escolar. Si usted no es elegible ahora, pero el ingreso del hogar disminuye, deviene desempleado, o aumenta el número familiar, llene una aplicación en ese momento.

Usted puede ser elegible para Asistencia Alimentaria. Asistencia Alimentaria, conocido también como Food Stamps, es un programa que ayuda a comprar comida para la buena salud. Si quiere recibir información o quiere aplicar, llame al -877-347-5678. Visite www.yesfood.iowa.gov para llenar un formulario online.

Si tiene preguntas o si alguno de sus niños no está en la lista, CONTÁCTESE CON LA ESCUELA DE SUS NIÑOS

DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DE COMIDAS GRATIS BASADA EN CERTIFICACIÓN DIRECTA	
NO QUIERO que mi(s) niño(s) reciban beneficios de comidas gratis.	
Nombre del Niño: _____	Escuela: _____
Nombre del Niño: _____	Escuela: _____
Nombre del Niño: _____	Escuela: _____
Nombre del Padre/Tutor (Imprenta) _____	
Firma _____	Fecha _____
Firma _____	Fecha _____
NO COMPLETE ESTE ESPACIO SI USTED QUIERE QUE SUS HIJOS RECIBAN COMIDAS GRATUITAS BASADO EN CERTIFICACIÓN DIRECTA.	

***hawk-i* /Medicaid Information Form**

Lea esta información: Firme abajo y devuélvalo a la escuela **si usted decide que no quiere** que su nombre sea revelado a **hawk-i** o Medicaid.

Si su niño no tiene seguro de salud, estará interesado en saber que muchas familias que reciben comidas gratuitas o a precio reducido también pueden obtener seguros de salud gratuitos o de bajo costo para sus niños.

La Ley del Estado requiere que las escuelas compartan la información de elegibilidad de comidas gratuitas o de precio reducido con Medicaid y **hawk-i**, el programa de seguro de salud para niños estatal. Específicamente, les daremos el nombre de su niño y su nombre y dirección. Medicaid y **hawk-i** sólo pueden usar la información para identificar a niños que puedan ser elegibles para seguro de salud gratuito o de bajo costo y para contactarse con usted. No se les permite usar la información de su solicitud de comidas gratis o de precio reducido para ningún otro propósito

No es necesario que usted nos permita compartir la información de la solicitud de sus niños para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o el programa **hawk-i**. No afectará la elegibilidad de sus niños para comidas gratis o de precio reducido. Si usted **NO** quiere que la información sea compartida con Medicaid o **hawk-i**, debe informarnos completando la información de más abajo y revolviendo esta carta al distrito escolar dentro de los 10 días después de la fecha en la carta de notificación para beneficios de comidas gratis. Si desea más información, puede llamar a **hawk-i** al 1-800-257-8563.

NO QUIERO que los oficiales de la escuela/ espónsor del hogar/ hogar infantil o centros Head Start compartan esta información de la aplicación para comidas gratis o de precio reducido con Medicaid o **hawk-i**. Además, si usted ya está recibiendo Medicaid o **hawk-i**, por favor firme abajo. Esto evitará otro contacto

Nombre del Niño: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
_____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
_____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
Nombre del Niño: _____	Escuela/Cuidado Infantil/Centro Head Start: _____
_____	_____
Nombre del Padre/Tutor (Imprenta) _____	Firma _____ Fecha _____

Declaración de No-Discriminación: Lo siguiente explica qué debe hacer si usted cree que ha sido tratado injustamente. De acuerdo a la ley Federal y a la política del Departamento de Agricultura de USA., esta institución prohíbe la discriminación en base a la raza, color, origen nacional, sexo, edad, o discapacidad. Para hacer una reclamación por discriminación, escriba a **USDA** (por sus siglas en inglés), Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voice) o (202) 720-6382 (TTY). USDA es un proveedor de empleo y oportunidad